

TICKET MODÉRATEUR FORFAITAIRE DE 18 €

1. Textes de référence.

- ⇒ **Code de la sécurité sociale (CSS).**
 - Article [L.174-4](#) relatif à l'imputation du forfait journalier hospitalier sur le ticket modérateur.
 - Articles [L.322-2](#) et [L.322-3](#) relatifs à la participation de l'assuré aux frais de maladie.
 - Article [R.322-8](#) relatif au ticket modérateur forfaitaire de 18 € et aux cas d'exonération du ticket modérateur.

- ⇒ **Code de l'action sociale et des familles (CASF).**
 - [Articles L.251-1 et suivants](#), relatifs à l'aide médicale Etat et [L.254-1](#) relatif aux soins urgents.

- ⇒ **Circulaires**
 - [Circulaire DHOS/F4/DSS/SD2A/2004/08 du 8 janvier 2004](#) relative à la mise en œuvre du décret n°2003-1207 du 18 décembre 2003 sur la participation de l'assuré aux frais de soins.
 - [Circulaire DSS/DHOS/2006/290 du 3 juillet 2006](#) relative à la mise en œuvre dans les établissements de santé du ticket modérateur forfaitaire pour les actes qui sont affectés d'un coefficient supérieur à 50 ou dont le tarif est égal ou supérieur à 91 €

2. Définition.

Le ticket modérateur forfaitaire (TMF) de 18 € remplace, depuis le 1^{er} septembre 2006, le dispositif d'exonération totale du ticket modérateur qui était applicable aux actes diagnostiques ou thérapeutiques¹, dont **le tarif est égal ou supérieur à 91€** dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou dont le **coefficient est égal ou supérieur à 50** dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Désormais, une participation de 18 € est mise à la charge des assurés sociaux lorsque ces actes leur sont dispensés, en soins externes ou au cours d'une hospitalisation.

3. Cas dans lesquels le ticket modérateur forfaitaire de 18 € est dû.

3.1 Patients redevables du TMF de 18 €

- ⇒ Les assurés sociaux et ayants droit relevant des régimes obligatoires de sécurité sociale, dès lors qu'un acte coûteux ou une série d'actes leur est délivré(e) sauf si les intéressés bénéficient par ailleurs d'une exonération de ticket modérateur pour un autre motif ;

- ⇒ Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) et de l'aide médicale complémentaire (AMEc) : les 18€ sont imputés sur la part complémentaire prise en charge par la caisse d'assurance maladie ou l'organisme de protection complémentaire, choisi par le bénéficiaire ;

- ⇒ Les personnes de nationalité étrangère en séjour temporaire en France lorsqu'elles relèvent d'un régime étranger de sécurité sociale qui les prend en charge (dans le cadre de la réglementation communautaire ou dans le cadre d'accords bilatéraux signés par la France avec l'Etat concerné). Lorsque la personne bénéficie du tiers payant, les 18 € ne

¹ Hors prothèses dentaires, actes de biologie et actes d'anatomo-cytopathologie.

sont pas facturés mais compris dans la facture transmise au CLEISS ⁽²⁾ en vue du remboursement par l'organisme étranger ;

⇒ Le régime local d'Alsace Moselle pour ses assurés (décision du régime du 19/12/2005).

3.2 Actes donnant lieu à application du TMF de 18 €

Le TMF de 18 € est dû, en soins externes et en hospitalisation (y compris en hospitalisation à domicile), lorsque des actes diagnostiques et thérapeutiques, dont le tarif est égal ou supérieur à 91€ dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 50 dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) sont réalisés.

3.2.1 Les règles de cumul des actes définies dans la CCAM sont applicables.

L'article [R.322-8](#) du code de la sécurité sociale prévoit que les coefficients ou les tarifs des actes peuvent se cumuler lorsque ces actes sont réalisés dans le même temps, par le même praticien et pour le même patient (cf exemples en annexe 1).

Toutefois, tous les actes ne sont pas cumulables :

- ⇒ lorsque les tarifs des actes ne sont pas cumulables et que chaque acte réalisé ne dépasse pas le seuil de 91 €, les patients sont redevables d'un ticket modérateur intégral ;
- ⇒ lorsque les tarifs des actes sont cumulables, le seuil de 91 € s'applique et les patients ne sont redevables que du ticket modérateur forfaitaire de 18 €

Cette information figure dans la CCAM :

- ⇒ en consultation directe, dans la zone "tarification" de chaque fiche « acte » sous l'un des libellés suivants :
 - "acte pouvant être exonéré par la règle du seuil et exonérant alors la facture" (acte cumulable) ;
 - "acte pouvant être exonéré par la règle du seuil mais n'exonérant pas la facture" (acte non cumulable)
- ⇒ sous la rubrique "codes exo TM (1 et 2)" du fichier Excel téléchargeable:
 - un acte avec un code exo TM 1 pouvant être cumulé avec d'autres actes ;
 - un acte avec un code exo TM 2 ne pouvant pas être cumulé avec d'autres actes, quel que soit leur code exo TM.

Par ailleurs, **il existe une exception à la règle selon laquelle les actes thérapeutiques et diagnostiques doivent être réalisés par le même praticien pour pouvoir être cumulés** : il s'agit des actes d'anesthésie qui peuvent se cumuler avec un acte, indépendamment du praticien.

A noter : la notion d'actes cumulables ou non doit être différenciée de celle d'actes non associables, celle-ci signifiant qu'un praticien ne peut réaliser ou coder 2 actes.

3.2.2 Points particuliers.

⇒ **Les soins externes**

² CLEISS : centre des liaisons européennes et internationales de Sécurité Sociale

- Pour les patients qui consultent plusieurs spécialistes le même jour et subissent des actes supérieurs à 91 € ou dont le coefficient est supérieur à 50 au cours des différentes séances, la participation forfaitaire de 18 € est due à chaque fois.
- Les forfaits ATU, FFM et SE n'empêchent pas l'application de la participation forfaitaire de 18 €

Dans ce cas, si un forfait (ATU, FFM, SE) est associé à l'acte égal ou > à 91 € ou égal ou > à K 50, le TMF de 18 € doit être déduit de la ligne ATU, FFM ou SE sur les "factures" transmises à l'assurance maladie et non de la ligne « actes » (cette disposition, qui s'applique aux établissements ex OQN, s'appliquera aux établissements ex DG lorsque sera mise en œuvre la facturation directe à l'encontre de l'assurance maladie).

Exemple : pour un ATU de 25,28 € et un acte égal ou > à 91 € ou égal ou > à K 50 de 100 € soit 125,28 €, la "facture" à l'encontre de l'assurance maladie doit se présenter ainsi :

Acte = ou > à 91 € ou = ou > à K 50	100 €
ATU	25,28 € - 18 €
TOTAL	107,28 €

La facture émise à l'encontre du patient ou de son organisme complémentaire s'élève à **18 €**

⇒ **L'hospitalisation (tableau récapitulatif en annexe 2)**

Le TMF de 18 € est dû au titre du séjour hospitalier, quelle que soit sa durée. Le patient n'est donc pas exonéré de ce TMF si le séjour a dépassé 30 jours et/ou si l'acte exonérant a eu lieu au delà du 30^{ème} jour².

Toutefois, des dispositions particulières s'appliquent dans les cas suivants.

- Dispositions applicables lorsqu'une deuxième hospitalisation est consécutive à une hospitalisation elle-même soumise à la participation de 18 €

Est consécutive l'hospitalisation répondant aux deux critères suivants :

- Un critère de temps : la 2^{ème} hospitalisation suit la 1^{ère}, sans hospitalisation pour un autre motif médical dans l'intervalle. Le retour à domicile du patient ne rompt pas la continuité et il n'y a pas de délai de référence entre les deux hospitalisations ;
- Un critère médical : la deuxième hospitalisation résulte directement de la 1^{ère}.

Le TMF de 18 € est **dû pour chaque hospitalisation, si la durée des 2 séjours ne dépasse pas 30 jours**. A titre d'exemple, le séjour d'un patient transféré en soins de suite et de réadaptation (SSR) après un 1^{er} séjour en MCO au cours duquel un acte coûteux a été réalisé, constitue un 2^{ème} séjour, donnant lieu à une 2^{ème} participation forfaitaire de 18 € si le cumul des 2 séjours est inférieur à 30 jours.

Si la durée des 2 séjours dépasse 30 jours (soit au cours du 1^{er} séjour, soit au cours du 2^{ème} séjour), la participation de l'assuré est supprimée pour le 2^{ème} séjour. En pratique :

² Cf règle d'exonération prévue à l'article [R.322-8](#) du CSS (3 du II)

- pour le 1^{er} séjour, la participation de 18 € est due si un acte coûteux est réalisé, quelle que soit la durée du séjour ;
- pour le second séjour, les frais d'hospitalisation sont pris en charge à 100%.

Les transferts dans d'autres établissements peuvent également constituer des séjours consécutifs et les mêmes règles leur sont donc applicables.

- **S'il y a une 3^{ème} hospitalisation**, elle est considérée comme une **nouvelle hospitalisation**, qu'elle soit ou non en rapport avec les précédentes.
- **En cas de transfert provisoire** (une nuitée maximum hors de l'établissement d'origine), le transfert n'interrompt pas le séjour et un seul TM forfaitaire de 18 € est facturable pour l'ensemble du séjour, transfert compris.
- **En hospitalisation à domicile (HAD), les mêmes règles que celles mises en œuvre en hospitalisation complète s'appliquent :**
 - Un TMF de 18 € est dû lorsqu'un acte coûteux est réalisé au cours d'un séjour en HAD ;
 - Lorsque le séjour en HAD est consécutif à un séjour au cours duquel un acte coûteux a été réalisé, ce séjour en HAD est soumis à la participation de 18 € sauf si la durée totale des deux séjours dépasse 30 jours : le séjour en HAD est alors exonéré de participation.
- Le TM forfaitaire de 18 € est dû y compris dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers.
- Le patient n'est redevable que d'un seul TMF de 18 € si lors d'un séjour en MCO au sein d'un même établissement, il a changé de discipline ; cette hypothèse correspond en effet à un seul séjour.

4. Cas dans lesquels le ticket modérateur forfaitaire de 18 € n'est pas dû (article R.322-8 du CSS).

4.1 Patients exonérés.

- Les bénéficiaires de l'assurance maternité, à compter du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement ;
- Les nouveau-nés, pour tous les soins dispensés dans un établissement de santé dans les 30 jours suivant leur naissance, en consultations externes ou en hospitalisation ;
- Les patients pris en charge au titre du risque "accident du travail / maladies professionnelles", y compris les bénéficiaires des rentes "accidents du travail" si les actes sont en rapport avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle ;
- Les personnes exonérées au titre d'une affection de longue durée (ALD) pour les soins en rapport avec l'ALD ;
- Les bénéficiaires de l'aide médicale Etat ([Articles L.251-1 et suivants](#) du CASF) ou des soins urgents (article [L.254-1](#) du CASF) ;
- Les titulaires d'une allocation de solidarité aux personnes âgées (aide sociale aux personnes âgées ...) ;
- Les titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension vieillesse pour inaptitude ;
- Les titulaires d'une pension de réversion, remplissant les conditions d'ouverture de droits à l'assurance invalidité et atteints d'une invalidité permanente entre 55 et 60 ans ;
- Les bénéficiaires d'une pension militaire et leurs ayants droits (articles L.115 à L.118 du code des pensions militaires et invalides de guerre) ;
- Les frontaliers se faisant soigner hors de France.

4.2 Actes et soins exonérés (article R.322-8 - II et V).

La participation des patients assurés sociaux, y compris le TM forfaitaire de 18 € est supprimée pour :

- Les actes de radiodiagnostic, d'imagerie par résonance magnétique, de scanographie, de scintigraphie ou de tomographie par émission de positons, si ces actes sont affectés d'un coefficient >50 ou d'un tarif égal ou supérieur à 91 €; cette suppression ne dispense toutefois pas du ticket modérateur dû au titre des autres actes pratiqués à l'occasion de la consultation ou des frais intervenant au cours de l'hospitalisation ;
- Les frais de transports d'urgence entre le lieu de prise en charge du patient et l'établissement de santé, en cas d'hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique, affecté d'un coefficient égal ou supérieur à 50 ou d'un tarif égal ou supérieur à 91 €;
- Les frais de transport entre deux établissements, ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile, en vue d'une 2ème hospitalisation consécutive et en lien direct avec une hospitalisation au cours de laquelle un acte thérapeutique ou diagnostique, affecté d'un coefficient égal ou supérieur à 50 ou d'un tarif égal ou supérieur à 91 € a été réalisé ;
- Les frais afférents à la fourniture de sang humain, de plasma et de leurs dérivés et à la fourniture de lait humain ;
- Le diagnostic et le traitement de la stérilité ;
- Les soins consécutifs à des sévices sexuels sur mineurs ;
- Les actes réalisés dans le cadre des programmes officiels de prévention.

4.3 Le forfait de 18 € n'est pas applicable dans les établissements sociaux et médico-sociaux ni dans les unités de soins de longue durée.

5. Ticket modérateur forfaitaire de 18 € et forfait journalier hospitalier.

La règle d'imputation du forfait journalier hospitalier sur le ticket modérateur n'est pas applicable à la participation forfaitaire de 18 €

Le forfait journalier est donc facturable en sus du TMF de 18 €, sauf cas d'exonération.

ANNEXE 1

Règles de cumul des actes et ticket modérateur forfaitaire de 18 Principes généraux

Code exo TM1 = acte cumulable

Code exo TM 2 = acte non cumulable

1^{er} cas

- Actes d'échographie (ADE), code exo TM 1 : 50 €
- Actes d'échographie, code exo TM 1 : 50 €
- Cumul possible = 100€ > 91€
- ⇒ **application du TM forfaitaire de 18 €**

2^{ème} cas

- Actes d'imagerie (ADI hors échographie), code exo TM 1 : 50 €
- Actes d'imagerie (ADI), code exo TM 1 : 50 €
- Cumul = 100 € > 91€
- ⇒ **pas de participation de l'assuré**, les ADI étant exclus de l'application du TM forfaitaire de 18€

3^{ème} cas

- Actes d'échographie, code exo TM 1 : 50 €
- Actes d'imagerie, code exo TM 1 : 50 €
- Cumul = 100 € > 91€
- ⇒ **application du TM forfaitaire de 18 €**

4^{ème} cas

- Actes d'imagerie, code exo TM 1 : 92 €
- Actes d'échographie, code exo TM 1 : 50 €
- Cumul = 142 € > 91€
- ⇒ **application du TM forfaitaire de 18 €**

5^{ème} cas

- Actes d'échographie, code exo TM 2 : 150 €
- Actes d'échographie, code exo TM 1 ou 2 : 150 €
- ⇒ **Pas de cumul possible** car l'un des 2 actes a un code exo TM 2 mais **application du TM forfaitaire de 18€** car les tarifs de chaque acte sont > à 91 €

6^{ème} cas

- Actes d'échographie, code exo TM 2 : 150 €
- Actes d'imagerie, code exo TM 1 : 50 €
- ⇒ **Pas de cumul possible** car l'un des 2 actes a un code exo TM 2 mais **application du TM de 18€ sur l'acte d'échographie** et du TM de droit commun (30%) sur l'acte d'imagerie.

7^{ème} cas

- Actes d'échographie, code exo TM 1 : 100 €
- Acte d'anesthésie : 40 €
- Cumul possible = 140 € > 91€
- ⇒ **application du TM forfaitaire de 18 €**

Quelques exemples

Dans les exemples ci-après, la colonne "tarifs facturés à l'assurance maladie" correspond aux tarifs destinés à évaluer le seuil des 91 €.

Exemple 1 : réalisation de deux actes non cumulables dont le montant total dépasse le seuil de 91 euros

Code acte	Libellé de l'acte	Tarif CCAM	Tarifs facturés à l'assurance maladie
GLQP011	Mesure des volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie	63,42 €	63,42 €
YYYY232	Supplément pour réalisation de gaz du sang au cours d'exploration fonctionnelle respiratoire niveau 3	28,80 €	28,80 €
	Ensemble		92,22 €

Les tarifs des actes n'étant pas cumulables pour l'application du seuil de 91 €, il y aura **paiement intégral du ticket modérateur**.

Exemple 2 : réalisation de deux actes cumulables dont le montant total dépasse le seuil de 91 €, le second acte correspondant à une anesthésie

Code acte	Libellé de l'acte	Tarif CCAM	Tarif facturé à l'assurance maladie
CBGD001	Ablation unilatérale ou bilatérale d'aérateur transtympanique en place sur le tympan, sous anesthésie générale	62,70 €	73,99 € (actes + modificateurs)
	Anesthésie	48,00 €	48,00 €
	Ensemble		121,99 €

Le prix de l'acte seul est inférieur au seuil de 91 € mais le tarif de l'anesthésie réalisée à cette occasion s'ajoute à celui de l'acte. L'ensemble est donc supérieur à 91 € et **le patient est redevable du TM forfaitaire de 18 €**

Exemple 3 : réalisation de deux actes cumulables dont le montant total dépasse le seuil de 91 € ; le second acte est un acte thérapeutique

Code acte	Libellé de l'acte	Tarif CCAM	Tarifs facturés à l'assurance maladie
BGLB001	Injection d'agent pharmacologique dans le corps vitré	83,60 €	83,60 €
BEJB002	Évacuation de collection de la chambre antérieure de l'œil, par voie transclérolaire ou par voie transcornéenne sans irrigation - aspiration automatisée	49,42 €	24,71 €*
	Ensemble		108,31 €

* 2 actes CCAM ont été réalisés ; le tarif du 2^{ème} acte est donc réduit de moitié (cf CCAM).

Le prix de chaque acte est inférieur au seuil de 91 € mais ces deux actes sont cumulables ; c'est l'ensemble des tarifs facturés à l'assurance maladie qui doit donc être pris en compte pour l'application du seuil de 91 €; *le patient est redevable du TM forfaitaire de 18 €.*

Exemple 4 : réalisation de deux actes non cumulables mais le montant du 1^{er} dépasse le seuil de 91 €, celui du second étant inférieur à 91 €

Code acte	Libellé de l'acte	Tarif CCAM	Tarifs facturés à l'assurance maladie
DZQM006	Échographie - doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques	95,66 €	95,66 €
DEQP003	Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations	13,52 €	6,76 €*
	Ensemble		102,42 €

Le 1er acte, supérieur à 91 €, donne lieu au paiement d'un TMF de 18€

Le second acte, non cumulable avec le premier, donnent lieu à application de la règle du droit commun, à savoir le taux de ticket modérateur en vigueur.

ANNEXE 2

Modalités d'application du ticket modérateur forfaitaire de 18 € en cas d'hospitalisation

Pour mémoire, la participation de 18 € est due quelle que soit la durée du séjour. Toutefois, la règle d'exonération totale du ticket modérateur au delà du 31^{ème} jour d'hospitalisation³ s'applique s'il y a 2 séjours consécutifs et que la durée des 2 séjours dépasse 30 jours (soit au cours du 1^{er} séjour, soit au cours du 2^{ème} séjour) ; l'exonération s'applique au 2^{ème} séjour.

Cas	TM du(s)
Séjour en MCO avec un acte coûteux (>91€ ou d'un coefficient > 50)	1 TM forfaitaire (TMF) de 18 € quelle que soit la durée du séjour et la date de réalisation de l'acte (même au delà de 30 jours)
Séjour en MCO avec un acte coûteux, d'une durée de 20 jours, suivi d'un 2 ^{ème} séjour en MCO de 5 jours, soit au total 25 jours d'hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> Les 2 séjours sont consécutifs et en lien Les 2 séjours ne sont pas consécutifs 	2 TMF de 18 € 1 TMF de 18 € pour le 1 ^{er} séjour et 1 TM « classique » (20%) pour le 2 ^{ème} séjour (sauf acte coûteux au cours du 2 ^{ème} séjour).
Séjour en MCO avec un acte coûteux, d'une durée de 20 jours, suivi d'un 2 ^{ème} séjour en MCO de 20 jours soit 40 jours d'hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> Les 2 séjours sont consécutifs et en lien Les 2 séjours ne sont pas consécutifs 	1 TMF de 18 € pour le 1 ^{er} séjour, le 2 ^{ème} séjour étant exonéré (le cumul des 2 séjours étant > à 30 jours) 1 TMF de 18 € pour le 1 ^{er} séjour et 1 TM « classique » (20%) pour le 2 ^{ème} séjour (sauf acte coûteux au cours du 2 ^{ème} séjour)
Séjour en MCO avec un acte coûteux, d'une durée de 10 jours, suivi d'un séjour de 10 jours en SSR soit 20 jours d'hospitalisation.	2 TMF de 18 €
Séjour en MCO avec un acte coûteux, d'une durée de 40 jours, suivi d'un séjour de 10 jours en SSR, les 2 séjours étant consécutifs	1 TMF de 18 € pour le 1 ^{er} séjour et pas de TM pour l'hospitalisation en SSR, prise en charge à 100% en vertu de l'exonération due aux 30 jours
Séjour en MCO avec un acte coûteux, d'une durée de 20 jours, suivi d'un séjour de 20 jours en SSR	1 TMF de 18 € au titre du 1 ^{er} séjour, le 2 ^{ème} étant exonéré (ces 2 séjours sont consécutifs et en lien et leur durée cumulée est > à 30 jours).
Séjour en MCO avec un acte coûteux, d'une durée de 20 jours, suivi d'un séjour de 20 jours en SSR suivi d'un nouveau séjour en MCO	Le 3 ^{ème} séjour est une nouvelle hospitalisation.

³ Cf article R.322-8 du CSS (3 du II) : "la participation de l'assuré est supprimée ... pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation à compter du 31^{ème} jour d'hospitalisation consécutif". Est consécutive une 2^{ème} hospitalisation suivant et résultant directement d'un 1^{er} séjour, sans hospitalisation dans l'intervalle et quel que soit le délai entre les deux séjours.

Les mêmes règles seraient applicables si, à la place d'un séjour en SSR ou en MCO, les séjours avaient lieu en HAD ou en psychiatrie.